

SO_GERICHTE VSBES.2019.87 vom 4. Februar 2019

SO Obergericht, 2019-02-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.87

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.87 du 4 février 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.87 del 4 febbraio 2019

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1971 geborene A.____ war in einem 100%■Pensum auf Stundenlohnbasis als Lagerist beim Temporärbüro B.____ AG angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert.

1.2 Gemäss Schadenmeldung UVG (Suva-Akten-Nummer [Suva-Nr.] 1) vom 5. September 2014 hat A.____ beim Rangieren mit der Schubmastameise den Arm an einer Palette angeschlagen und durch den Druck der Schubmastameise, die weitergerollt ist, das Handgelenk verletzt. Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

1.3 Zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht im Hinblick auf den Fallabschluss legte die Suva dem Kreisarzt Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Chirurgie und Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die eingeholten medizinischen Akten vor. Dr. med. C.____ untersuchte den Versicherten und legte seine Einschätzungen im Bericht vom 15. Juni 2018 (Suva-Nr. 229) dar. Mit Beurteilung vom 28. Januar 2019 (Suva-Nr. 273) nahm der Kreisarzt Stellung zur abweichenden Einschätzung des behandelnden Schmerzmediziners. Gestützt auf die besagten Beurteilungen des Kreisarztes stellte die Suva ihre Leistungen mit Verfügung vom 10. Juli 2018 (Suva-Nr. 242) ein. Sie verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente und sprach A.____ eine Integritätsentschädigung von 17.5 % zu. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 4. Februar 2019 ab (Akten-Seite [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Kann von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden, erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Der Anspruch auf eine Invalidenrente setzt voraus, dass die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist (Art. 18 Abs. 1 UVG). Ein Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung besteht, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist (Art. 24 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen).

2.3 Im Weiteren wird verlangt, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 188, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen).

E. 2.3

hiervor).

9.1 Bei der Adäquanzprüfung ist zunächst vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen. Das Unfallereignis ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wird sie bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Diese Kriterien sind (BGE 115 V 133 E. 6c /aa S. 140): (-) besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; (-) die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; (-) ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; (-) körperliche Dauerschmerzen; (-) ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; (-) schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; (-) Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall ist die Adäquanz zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6, SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 5.2). Handelt es sich um einen Unfall, der als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten einzustufen ist, müssen vier Kriterien erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.3 mit Hinweis). Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 115 V 133 E. 6c / bb S. 140 f.).

9.2 Bezüglich der Schwere des Unfalls vom 1. September 2014 ist folgendes festzuhalten: Gemäss Schadenmeldung UVG habe der Beschwerdeführer beim Rangieren mit der Schubmastameise den Arm an einer Palette angeschlagen und durch den Druck der Schubmastameise, die weitergerollt sei, das rechte Handgelenk verletzt. Eine frische

Fraktur des Handgelenks wurde im Notfallbericht des H.____ ausgeschlossen, es handle sich um eine alte Fraktur. Diagnostiziert wurde eine Kontusion des rechten Handgelenks. Anlässlich der Suva-Besprechung vom 3. Dezember 2014 gab der Versicherte zum Unfallhergang an, dass eine Hubameise ein motorisiertes Hub- und Fahrgerät sei, mit welchem Lasten gehoben und verschoben werden könnten, welches von Hand bedient und geführt werde, ähnlich einem elektronischen Palettrolli. Beim Führen der Hubameise sei er rückwärts gegangen und habe den angewinkelten Arm an einer Wand angestossen, dann habe Druck durch die noch rollende Ameise resp. deren Hand-/Führungsbügel auf das rechte Handgelenk gewirkt, wodurch das Handgelenk kräftig nach hinten/oben hin geknickt worden sei. Er habe sogleich starke Schmerzen gehabt, die Arbeit niedergelegt und sei gleichentags im Spital untersucht worden.

9.3 Die Rechtsprechung hatte sich schon verschiedentlich mit der Unfallschwere bei Handverletzungen zu befassen. Dabei wurde unter anderem festgestellt, dass die beim Unfall erlittenen Verletzungen nicht in die Beurteilung der Unfallschwere einbezogen werden dürfen. Diese können indessen Rückschlüsse auf die Kräfte, welche sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2009 vom 4. Juni 2009 E. 4.1.1). Ein leichter Unfall wurde in der höchstrichterlichen Rechtsprechung angenommen, als eine versicherte Person mit dem rechten Ellenbogen sehr heftig gegen einen Metallwagen stiess, wonach starke Schmerzen auftraten (Urteil U 434/05 vom 14. März 2006). Ebenfalls als leicht eingestuft wurde ein Ereignis, als eine versicherte Person beim Aufstellen einer Keramikvase ausrutschte und mit der Vase gegen den Boden prallte, wobei sie sich durch die zersplitterten Keramikteile am rechten Daumen verletzte. Diagnostiziert wurden eine Schnittwunde am Daumengrundgelenk und eine Durchtrennung der Flexorsehne (Urteil U 389/99 Vr vom 12. April 2000 E. 2.e). Demgegenüber wurde bei folgenden Handverletzungen ein mittelschweres Geschehen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen festgestellt: Einklemmen des Mittelfingers in der Autotüre mit Folge einer Endgliedamputation (Urteil des Bundesgerichts 8C_647/2018 vom 16.01.2019); Beeinträchtigung der Fingerkuppen und des Handgelenks durch rotierendes Messer des Rasenmähers (Urteil U 38/00 vom 25. Januar 2002 Sachverhalt A und E. 2c); Abtrennung der Finger II-IV auf der Höhe der Mittelgelenke sowie des Fingers V auf der Höhe der Endphalanx durch Stahlseil beim Holzführen (Urteil U 38/99 vom 7. Mai 2001 Sachverhalt A und E. 2a); Durchtrennung der Flexor pollicis longus- Sehne des linken Daumens und des radialen Gefässnervenbündels durch Glasscherben einer Milchflasche (Urteil U 386/06 vom 12. Januar 2007 Sachverhalt A und E. 3.2); durch Fräsmaschine erlittene Nerven- und Sehnenverletzungen an der linken Hand (Urteil U 325/04 vom 1. April 2005 Sachverhalt A.a und E. 3.2.1); Einklemmen der Hand in einer Walze, was zu einem massiven Quetschtrauma mit Defektruptionen der Beugesehnen dreier Finger sowie einer Fraktur des fünften Fingers führte (Urteil U 300/03 vom 30. November 2004 Sachverhalt A und E. 3.4; vgl. zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2009 vom 4. Juni 2009 E. 4.1.2).

9.4 In Anbetracht der vorgenannten Rechtsprechung ist der Unfall des Versicherten vom 1. September 2014 aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelten Kräften als leicht einzustufen. Auch die erlittene Verletzung lässt darauf schliessen, dass deutlich weniger stark einwirkende Kräfte bestanden, als in den vorstehend erwähnten Beispielen, welche den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten zugeordnet wurden. Der Versicherte zog sich eine Kontusion bzw. eine Verstauchung des Handgelenks zu, wogegen die Versicherten bei den vorerwähnten

mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen, Fingerabtrennungen, Frakturen, Sehnendurchtrennungen oder Nerven- und Sehnenverletzungen erlitten haben. Der vorliegend zu beurteilende Unfall ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs am ehesten mit jenem, in welchem eine versicherte Person mit dem Ellbogen sehr heftig gegen einen Metallwagen gestossen ist, zu vergleichen. In beiden Fällen wurde der Arm sehr heftig an einem harten Gegenstand angeschlagen, was sogleich zu starken Schmerzen führte. In Anlehnung an die dortige Rechtsprechung sowie aufgrund der vorliegend dargelegten mässigen Eindringlichkeit des Unfallgeschehens und der vermutungsweise eher geringen Krafteinwirkung ist von einem leichten Unfall auszugehen.

9.5 Aus dem Gesagten folgt, dass die verbliebene, organisch nicht objektivierbare, Schmerzsymptomatik nicht adäquat-kausal auf das Unfallereignis zurückgeführt werden kann. Die ausgeweiteten Schmerzen des Versicherten können somit bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt werden. Eine unfallkausale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist daher zu verneinen.

10. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 10. Juli 2018 und Einspracheentscheid vom 4. Februar 2019 verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben der Versicherungsträger und das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1.b S. 159). Diese medizinischen Unterlagen hat das Versicherungsgericht nach dem im Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) umfassend, objektiv und inhaltsbezogen zu würdigen (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 399 f.). Das bedeutet, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Bewertung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3.a S. 352).

3.2 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe

Spezialärztinnen und -ärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt worden ist und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3bb mit Verweis auf BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Ferner haben rechtsprechungsgemäss Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen Beweiswert, doch kommt ihnen nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten. Zwar lässt der Umstand, dass versicherungsinterne Fachpersonen in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehen, für sich allein noch nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit dieser Personen schliessen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen). Zu bejahen sind solche geringe Zweifel grundsätzlich dann, wenn der behandelnde Facharzt oder die behandelnde Fachärztin nicht pauschale, sondern konkrete und differenzierte Einwände gegen die Einschätzung der versicherungsinternen medizinischen Fachperson erhebt. Bedarf es für die Erwidern des Einwandes einer umfangreichen kreisärztlichen Stellungnahme, kann darauf geschlossen werden, dass die Begründungsdichte des Einwands zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung entstehen liess (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.3 und 8C_679/2016 vom 7. Dezember 2016 E. 3.3.1).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat.

E. 3.1

S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen). 2.3 Im Weiteren wird verlangt, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 188, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49 mit Hinweisen).

E. 5

Finger dorsal rechts wahrscheinlich. Die Diagnosen für einen neuropathischen Schmerz nach Finnerup et al., Pain, 2016, seien erfüllt. Atypisch sei, dass der Schmerz auf den 2. und 3. Strahl sowie das dorsale Handgelenk und den ulnaren distalen Unterarm ausgeweitet sei. Da der Schmerz in der jetzigen Beschreibung seit der Operation mit Materialentnahme vom 09.07.2015 in der Art bestehe sowie die Operationsnarbe einbezogen sei und sensorische Positiv-Phänomene zeige, sei hier von einem chronischen postoperativen Schmerz mit

sensorischen Positiv-Phänomenen auszugehen. Diese positiven Phänomene würden in der Literatur im Rahmen einer zentralen Sensibilisierung gewertet. Im Anhang hielten Dr. med. K.____ und Dr. med. L.____ zur aktuellen Diagnostik fest, dass prinzipiell der Befund mit einem neuropathischen Schmerz vom Clustertyp der mechanischen und thermischen Hyperalgesie vereinbar sei. Bei ausschliesslichem Nachweis von Zeichen der zentralen Sensibilisierung (MDT möglicherweise unspezifisch, da bds. auffällig) sei auch das Vorliegen eines unspezifischen Schmerzes mit zentraler Sensibilisierung in Betracht zu ziehen. Die Beurteilung beruhe auf dem Vergleich der gemessenen Werte mit Referenzwerten (Magerl et al., Pain, 2010). Basierend auf der Elektroneurographie sei der Befund vereinbar mit (1.) N. medianus und N. ulnaris bds. im wesentlichen Normalbefund und (2.) Ramus dorsalis des N. ulnaris rechts mit demyelinisierender Schädigung (A.S. 105 ff.).

6.18 Am 18. Oktober 2019 erstattete die F.____ ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Handchirurgie, Orthopädie und Neurologie zuhanden der IV-Stelle Solothurn. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein (1.) chronisches Schmerzsyndrom des rechten Handrückens und des distalen Drittels des dorsalen Vorderarmes rechts (M79.23): (-) neuropathisches Schmerzsyndrom nach iatrogener Verletzung des sensiblen dorsalen Ulnarisastes nach Pseudoarthrose-Operation des Ulna-Styloids rechts mit Zuggurtung (01/2015) und Metallentfernung (07/2015) sowie Status nach Neurom-Resektion und Neurolyse sensibler Ast N. ulnaris rechts (09/2015) Schmerzausweitung und Therapieresistenz im Rahmen einer psychiatrisch diagnostizierten chronischen Schmerzstörung und einer depressiven Störung, (2.) eine depressive Störung (F32), aktuell leicht- bis eher mittelgradig und (3.) eine chronische Schmerzstörung (F45.41) mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden diagnostiziert: (4.) Koronare Herzkrankheit (I25.11), (5.) Hypertensive Kardiopathie (I11.9), (6.) Kardiovaskuläre Risikofaktoren: (-) Positive Familienanamnese, (-) arterielle Hypertonie, (-) Übergewicht, (-) Zigarettenabusus (ca. 11 py) und (-) Dyslipidämie sowie (7.) Alkoholmissbrauch (F10.1). In der angestammten Tätigkeit sei der Versicherte 0 % und in einer angepassten Tätigkeit 50 % arbeitsfähig. Die drei unter "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit" genannten Diagnosen seien als unfallabhängig zu beurteilen.

Gemäss Fachgutachten Handchirurgie von Dr. med. M.____, Facharzt FMH Handchirurgie und periphere Nerven Chirurgie, habe der Versicherte über konstantes Brennen am dorsalen Vorderarm und Handrücken rechts mit einschliessenden Schmerzen berichtet. Die Haut fühle sich an, als ob sie zu klein wäre oder Sonnenbrand hätte. Das Maximum der Schmerzen befinde sich dorsoulnar am Handrücken und ulnarer Handkante sowie Klein- und Ringfinger. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Handchirurg ein (-) Neuropathisches Schmerzsyndrom an der rechten Hand nach iatrogener Verletzung des sensiblen dorsalen Ulnarisastes nach Pseudoarthrose Operation Ulnastyloid rechts mit Zuggurtung sowie Metallentfernung und ein (-) St. n. Neuromresektion und Neurolyse sensibler Ast N. ulnaris rechts. Da die neuropathische Schmerzsymptomatik schlecht kontrollierbar sei und zusätzlich eine Bewegungseinschränkung und Krafteinschränkung bestünden, sei eine Einschränkung der Leistung von 50 % zu erwarten. Die neuropathischen Schmerzen seien operationsbedingt und indirekt auf das Unfallereignis zurückzuführen. Ebenso seien die leichte Bewegungseinschränkung und Krafteinbussen im

Handgelenk rechts als Unfallfolge zu werten.

Im Fachgutachten Psychiatrie von Dr. med. N.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, wurden als Störungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Störung, F32, aktuell leicht- bis eher mittelgradig, sowie eine chronische Schmerzstörung, F45.41, diagnostiziert. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von 50 %.

Gemäss Fachgutachten Orthopädie von Dr. med. univ. O.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, habe der Versicherte über 24 Stunden immer Schmerzen, an guten Tagen eine Schmerzstärke 4 ■ 6 von 10 VAS, an schlechten 5 ■ 7 / 10 und an sehr schlechten bis hin zu Schmerzspitzen von 9/10 VAS. Die Schmerzen seien in der Intensität wechselnd zwischen 3 und 10 Mal in der Stunde. Seit der Materialentfernung am 09.07.2015 sei es richtig schlimm und seit der 3. Operation vom 21.09.2015 mit Neurom-Exzision und Neurolyse des Ramus dorsalis nervi ulnaris rechts nähmen die Schmerzen zu.

Dem Fachgutachten Neurologie von Dr. med. P.____, Facharzt FMH Neurologie, ist schliesslich zu entnehmen, dass der Versicherte einen einschiessenden Schmerz vom Unterarm her bis in den Mittelfinger und Handrücken habe, gelegentlich breite sich der Schmerz bis in den Zeigefinger aus. Der Schmerz sei einschiessend und trete manchmal schon in Ruhe auf, umso mehr, wenn er etwas in die Hand nehme. Er habe eine Missempfindung über dem Handrücken, wie wenn die Haut aus Leder wäre. Der Schmerz sei brennend wie von einer Brennnessel, daure Stunden an, verschwinde dann nur langsam wieder. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Neurologe ein (1.) Schmerzsyndrom der rechten Hand mit/bei: (-) Hyperextension des Handgelenks 01.09.2014, (-) Resektion einer Pseudoarthrose des rechten Processus styloideus ulnae. Osteosynthese am 08.01.2015, (-) OSME 09.07.2015, (-) Status nach Neuromexzision und Neurolyse Ramus dorsalis nervi ulnaris rechts 21.09.2015, (-) Implantation einer spinal cord stimulation und dorsal root stimulation C8 05.04.2018 ■ 24.04.2018, (-) Therapieresistenz auf Ergotherapie, Pharmakotherapie, (2.) Depressive Episode, (-) Status nach Tentamina 2012 und 2018 und (-) Aktuell in teilstationärer psychiatrischer Behandlung. In seiner Beurteilung des bisherigen Verlaufs der Behandlung führte Dr. med. P.____ unter anderem aus, dass der Versicherte aufgrund der Aktenlage lege artis behandelt worden sei. Die jeweiligen Interventionen seien aufgrund des Beschwerdebildes begründet und nachvollziehbar. Der Verlauf zeige eine nicht zu erwartende Ausbreitung über die ursprünglich betroffene Region und neurologischen Segmente hinaus. So sei die Beteiligung des Handrückens nicht einfach zu erklären: Der Ramus dorsalis des N. ulnaris reiche nicht bis in den Mittel- und Zeigefinger, eine Verletzung dieser Struktur begründe die dortigen Symptome nicht. Auch liege keine Überlagerung mit einem C6-Syndrom vor, die Ausstrahlung dieses Segments müsse den Daumen einschliessen, welcher aber der einzige Finger sei, der schmerzfrei sei. Wie die Kollegen in E.____ dargelegt hätten, würden die Kriterien für ein CRPS nicht erfüllt, sie würden eine zentrale Schmerzausweitung postulieren. Eine Nervenverletzung, welche das Ausmass der Beschwerden erklären könnte, finde sich weder in der dortigen Untersuchung noch in der aktuellen. Zusammen mit der mittlerweile eingetretenen sekundären psychiatrischen Dekompensation (teilstationäre Betreuung aktuell), der fehlenden beruflichen Fortbildung und privaten Perspektiven, seien die Heilungschancen aus seiner Sicht sehr reserviert. Gerade die therapeutische Intervention mit dem spinalen Stimulator habe entgegen den medizinischen Erwartungen gar keine

Veränderung der Schmerzempfindung gegeben. Dies spreche stark für eine zentrale Schmerzausweitung und nicht für eine periphere Schädigung. Vergleichend mit den Untersuchungsbefunden der Kollegen im E.____, seien die aktuellen Untersuchungsbefunde klinisch wie elektrophysiologisch ähnlich. Einzig die demyelinisierende Schädigung des Ramus dorsalis des n. ulnaris könne nicht nachvollzogen werden. Diese geringe Diskrepanz sei möglicherweise apparativ bedingt. Diese Diskrepanz spiele angesichts obiger Überlegungen der Überschreitung von Dermatomen in der Schmerzausbreitung keine relevante Rolle. In seiner Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität führte der Neurologe aus, dass die Schilderungen des Versicherten in sich schlüssig und ohne Widersprüche seien. Ein Schmerzsyndrom, das gegenüber jeglichen therapeutischen Interventionen unverändert bleibe oder sich verschlechtere, sei jedoch wenig plausibel. Die ausgeübte Tätigkeit als Lagerist, welche einen kräftigen Einsatz der Hände bedinge, sei nicht mehr zumutbar. Angesichts des entstandenen Schmerzsyndroms sei er hier zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestünde eine Arbeitsfähigkeit von maximal vier Stunden, verteilt auf den Tag, bzw. 40 ■ 50 %. Die Einschränkung bestehe darin, dass der Versicherte Schmerzschübe erleide und sich dann ausruhen müsse. Unfallabhängig seien das Schmerzsyndrom der rechten Hand und die sekundäre depressive Entwicklung. Unabhängig seien die koronare Herzkrankheit und die abgelaufene Cervikobrachialgie.

6.19 Im Auftrag des Versicherungsgerichts erstattete Dr. med. D.____ am 2. April 2020 ein neurologisches Gutachten. Unter dem Titel «Jetziges Leiden» führte Dr. med. D.____ unter anderem aus, dass die Schmerzen an der rechten Hand belastungsabhängig zunehmen und diese Schmerzen an besseren Tagen vier bis sechs auf der zehnteiligen Analogskala und an schlechteren Tagen sechs bis neun auf der zehnteiligen Analogskala betragen. Der Versicherte beschreibe eine Schmerzausstrahlung vom distalen Unterarm dorsal bis zum vierten und fünften Finger der rechten Hand dorsal, welche ganz betroffen seien vom Schmerz, der zweite und dritte Finger seien nur in der proximalen Hälfte vom Schmerz betroffen. Die Narbe am ulnaren distalen Unterarm sei der empfindlichste Ort. Der Schmerz werde als Brennen, Stechen, Kälte oder Wärme beschrieben, wenn er die Narbe an einem Gegenstand anschlage, komme es zu einer Schmerzzunahme während zwanzig Minuten. Im Übrigen habe er aber keine Dauerschmerzen an der rechten Hand, es handle sich vielmehr um Schmerzparoxysmen mit einer Dauer von maximal zehn Sekunden, sie würden zwischen ein und viermal pro Stunde auftreten ohne erkennbaren Auslöser. Gleichzeitig mit dem Schmerz verspüre der Versicherte am besagten Ort auch Parästhesien, Berührung werde dort als unangenehm empfunden, die Kraft der rechten Hand sei eingeschränkt. Der Schmerz sei eigentlich gleich geblieben über die letzten Jahre seit dem auslösenden Unfall im Jahr 2014. Subjektiv gehe er von Nervenschmerzen aus, er vermute nicht einen Fehler bei den durchgeführten ärztlichen Behandlungen und Operationen. Im Rahmen der Beurteilung führte der Gutachter unter anderem aus, es handle sich eindeutig und auf wiederholtes Nachfragen nicht um einen Dauerschmerz an der rechten Hand, sondern um einschliessende Schmerzen mit einer Dauer von maximal zehn Sekunden und einer Häufigkeit von höchstens vier Mal pro Stunde, lediglich bei direktem Anstossen der Narbe am ulnaren Unterarm könne es zu einer Zunahme der Schmerzen und einer Dauer von 20 Minuten kommen. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung zeige einen abgeschwächten Händedruck rechts bei aber normaler, kräftiger Fingerflexion rechts, die muskuläre Trophik sei an den Armen symmetrisch normal. Es werde eine deutlich abnorme Zweipunktgediskrimination am Kleinfinger rechts angegeben, bei Berührungen und auch bei Schmerzreizen werde eine Überempfindlichkeit dorsal an den ulnaren vier Fingern und

palmar an den drei ulnaren Fingern angegeben. Die aktuell durchgeführte Neurographie des Ramus cutaneus dorsalis des Nervus ulnaris beidseits mit der Methode nach Jabre ergebe beidseits kein reproduzierbares Resultat, so dass es sich hierbei sehr wahrscheinlich um ein technisches Problem handle. Die Neurographie dieses Nervenastes sei ein selten durchgeführtes Verfahren, so dass hierbei technische Schwierigkeiten durchaus nicht ungewöhnlich seien. Zusammenfassend könne beim Versicherten aktuell aus neurologischer Sicht festgehalten werden, dass sich nach einer an sich banal anmutenden Verletzung des rechten Handgelenkes aufgrund einer Hyperextension bei der Arbeit ein ausserordentlich chronifizierter und vollständig therapierefraktärer Verlauf über fast sechs Jahre eingestellt habe. Dieser Verlauf sei somit aus neurologischer Sicht durchaus bemerkenswert und ungewöhnlich und ergebe rein aufgrund dieser Konstellation bereits gewisse Zweifel an der organischen Ursache der Schmerzen. Dieser bemerkenswerte Verlauf lasse sich exemplarisch erkennen am Schreiben des I. ___ vom 25. April 2018 über die erfolglose Evaluation der Rückenmarkstimulation, es würden sämtliche Methoden aus dem Bereich der Schmerztherapie als negativ und erfolglos eingestuft. Dieser Verlauf sei schon ungewöhnlich und bemerkenswert, in diesem Zusammenhang müsse auch mit Erstaunen festgestellt werden, dass der Versicherte jahrelang mit der Verdachtsdiagnose eines neuropathischen Schmerzes diagnostiziert und behandelt worden sei, aber erst im Sommer 2019 und somit fast fünf Jahre nach dem auslösenden Ereignis vom 1. September 2014 erstmalig neurologisch untersucht worden sei in E. ___. Die Diagnose eines neuropathischen Schmerzes setze zwingend das Vorliegen einer Nervenschädigung voraus, welche oftmals erst durch eine neurologische Untersuchung festgestellt werden könne. Alleine durch das Ausfüllen von Fragebögen durch den Versicherten könne jedenfalls die Diagnose eines neuropathischen Schmerzes nicht gestellt werden, dies verhalte sich ganz ähnlich wie bei der Diagnose einer Depression. In E. ___ sei damals die Ursache der Handschmerzen aus neurologischer Sicht als unklar eingestuft worden. Diese Einschätzung bekräftige auch der neurologische Gutachter im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der F. ___, wonach eine Nervenverletzung als Erklärung der Beschwerden nicht gefunden werde, eine periphere Schädigung sei nicht feststellbar auch aufgrund der fehlenden Besserung auf die spinale Stimulation. Erstaunlicherweise würden vom neurologischen F. ___-Gutachter dann doch Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt in Form eines Schmerzsyndroms an der rechten Hand und in Form einer depressiven Episode, auch werde die Arbeitsfähigkeit als eingeschränkt beurteilt. Dies sei insofern erstaunlich und widersprüchlich, weil keine Nervenläsion nachgewiesen werde und an sich keine neurologische Diagnose im engeren Sinn gestellt werden könne. Im Vergleich zu den neurologischen Voruntersuchungen fänden sich aktuell durchaus gewisse Diskrepanzen und Inkonsistenzen sowohl anamnetisch als auch in der klinisch-neurologischen Untersuchung, es werde aktuell eine deutlich pathologische Zweipunktgediskrimination am Kleinfinger rechts angegeben, was aber im September 2019 anlässlich der neurologischen Begutachtung durch die F. ___ nicht der Fall gewesen sei. Auch sei damals über einen stundenlangen brennenden Schmerz an der Hand berichtet worden, dies sei aktuell nicht mehr der Fall, der Versicherte berichte zur Zeit viel mehr über einschliessende Schmerzen mit sekundenkurzer Dauer. Aus diesen Diskrepanzen könne geschlossen werden, dass zumindest im Bereich des Nervensystems kein klares organisches Korrelat im Sinne einer Schädigung am zentralen oder peripheren Nervensystem als Ursache für die Beschwerden vorliege. Im Weiteren fänden sich übereinstimmend mit den diversen Voruntersuchen aktuell keine klaren Hinweise für ein CRPS, die Temperatur an den Händen sei nicht pathologisch

asymmetrisch, eindeutige Paresen liessen sich nicht feststellen, sondern seien auf die Schmerzhemmung zurückzuführen. Ebenfalls in Übereinstimmung mit den neurologischen Voruntersuchungen könne aktuell eine relevante zervikoradikuläre Läsion nicht festgestellt werden. Aufgrund des akutenmässigen Verlaufes sei sodann eine Läsion des Ramus cutaneus dorsalis des Nervus ulnaris unwahrscheinlich, dieser Nerv sei im Rahmen der letzten durchgeführten handchirurgischen Operation eindeutig identifiziert und dargestellt und geschont worden, es sei lediglich die Neuromexzision an einem Seitenast dieses Nerves erfolgt. Dementsprechend könne nicht von einer Läsion des ganzen Ramus cutaneus dorsalis des Nervus ulnaris gesprochen werden. Interessanterweise werde auch postoperativ von den Handchirurgen am H. ___ über eine intakte Sensibilität an der rechten Hand berichtet, dieser Befund sei unvereinbar mit dem Postulat einer intraoperativen Läsion dieses Nerves. Zusammenfassend könnten die geklagten Schmerzen somit aus neurologischer Sicht nicht auf ein klares Korrelat zurückgeführt werden, es könne aktuell keine neurologische Diagnose mit oder ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Dementsprechend seien die geklagten Schmerzen an der rechten Hand aus neurologischer Sicht nicht als unfallkausal einzustufen, weil es beim Unfall vom 1. September 2014 nicht zu einer erkennbaren Läsion im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems gekommen sei. Dementsprechend bestehe aktuell aus neurologischer Sicht beim Versicherten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten, angepasste Tätigkeiten seien nicht erforderlich, eine Leistungseinschränkung bestehe nicht. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagerist könne uneingeschränkt ausgeübt werden. In seiner abschliessenden Bemerkung führte Dr. med. D. ___ schliesslich an, dass er in seinem Gutachten auch die nach dem Erlass des Einspracheentscheids vom 4. Februar 2019 eingetroffenen Akten erwähnt habe, weil diese aus neurologischer Sicht durchaus relevant seien. Es sei nicht davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand seit dem Einspracheentscheid vom 4. Februar 2019 bis zur aktuellen neurologischen Begutachtung wesentlich verändert habe.

7. Strittig und zu prüfen ist vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stellt in ihrem Entscheid im Wesentlichen auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. C. ___ vom 15. Juni 2018 und dessen ergänzende Stellungnahme vom 28. Januar 2019 ab. Dabei gilt zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Beweiswürdigung entscheidungsrelevanter versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen strenge Anforderungen gelten. Bereits bei Vorliegen geringer Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit derselben müssen ergänzende Abklärungen vorgenommen werden (vgl. Erwägung 3.4).

7.2 Gemäss der kreisärztlichen Einschätzung von Dr. med. C. ___ sei der Fallabschluss erreicht und der Beschwerdeführer in einer dem Zumutbarkeitsprofil angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Die geklagten Schmerzen qualifiziert er in der Nebendiagnose als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. In seiner Begründung führt Dr. med. C. ___ aus, dass er bei der Erstellung der Zumutbarkeit alle Unfallfolgen des Unfallereignisses vom 1. September 2014 berücksichtigt habe. Im Bericht über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung habe er diesubjektiv angegebenen Beschwerden und die objektiv erhobenen Befunde exakt aufgelistet. Bei dieser Auflistung sei lediglich das Wort «neuropathische Schmerzen» nicht erwähnt, jedoch ändere dies nichts an der Beurteilung der Zumutbarkeit. Bei der Gesamtbeurteilung der

Gesundheitssituation müssten auch die Komorbiditäten des Versicherten berücksichtigt und dementsprechend gewürdigt werden. Diese kreisärztliche Beurteilung erweist sich aus nachstehenden Gründen jedoch als unvollständig. In der neurologischen Beurteilung vom 30. März 2017 stellte ein anderer Kreisarzt und Neurologe, Dr. med. J. ____, im Rahmen der Beurteilung einer Kostengutsprache für eine Rückenmarkstimulation eine rechts lokalisierte Schmerzsymptomatik fest, welche sich auf den distalen Nervus ulnaris rechts beziehe. Die Schmerzen qualifizierte Dr. med. J. ____ als neuropathisch und unfallkausal, weshalb er der Beschwerdegegnerin die Erteilung einer Kostengutsprache für eine Behandlung bei neuropathischen Schmerzsyndromen empfahl. Darüber hinaus erklärte Dr. med. J. ____ den Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und der am Processus styloideus ulnae durchgeführten Operation für überwiegend wahrscheinlich. Auch der behandelnde Schmerzmediziner Dr. med. G. ____ ging von einem neuropathischen Schmerz nach Nervenschädigung bei Status nach Läsion im Rahmen des operativen Eingriffs vom 21. September 2015 aus. Insofern bejahten der kreisärztliche Neurologe und der behandelnde Schmerzmediziner einen unfallkausalen neuropathischen Schmerz. Dennoch hielt Dr. med. C. ____ an seiner abweichenden Diagnosestellung ■ insbesondere der Nebendiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ■ fest. Zum Vorwurf von Dr. med. G. ____, wonach mit der Negierung der Diagnose eines neuropathischen Schmerzes respektive einer somatischen Schmerzerkrankung die Arbeitsfähigkeit nicht korrekt beurteilt werden könne, entgegnet Dr. med. C. ____, dass die Unfallfolgen bei der Erstellung der Zumutbarkeit berücksichtigt worden seien. Dass dabei das Wort «neuropathischer Schmerz» nicht erwähnt worden sei, ändere nichts an der Beurteilung der Zumutbarkeit. Diese Erklärung leuchtet insofern nicht ein, als die Frage, weshalb die Diagnose eines neuropathischen Schmerzes nichts an der Beurteilung der Zumutbarkeit ändern würde, unbeantwortet bleibt. Mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur adäquaten Unfallkausalität spielt es durchaus eine zentrale Rolle, ob die Schmerzen als Schmerzstörung oder aber als somatische Schmerzen eingeordnet werden. Indem die kreisärztliche Abklärung diesen notwendigen Aspekt unbeantwortet liess, erweist sie sich als unvollständig. Es kommt hinzu, dass es sich bei der Beurteilung eines neuropathischen Schmerzes um eine neurologische Fragestellung handelt. In Anbetracht dieser unvollständigen Abklärung und des nicht entkräfteten Widerspruchs zu den ärztlichen Vorberichten sind gewisse Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Einschätzung durch Dr. med. C. ____ nicht auszuräumen. Da bereits geringe Zweifel an den versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ausreichen, damit rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind, lässt sich die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend auf die Stellungnahme von Dr. med. C. ____ abstützen. Da auch die übrigen medizinischen Vorakten nicht ausreichten, um alleine gestützt darauf die Arbeitsfähigkeit mit hinreichender Zuverlässigkeit zu beurteilen, kam das Versicherungsgericht nicht umhin, bei Dr. med. D. ____ ein Gerichtsgutachten zu veranlassen.

E. 5.2

werde der Integritätsschaden auf 17.5 % geschätzt (Suva-Nr. 229).

6.15 Mit Bericht vom 13. Juli 2018 nahm Dr. med. G. ____ Bezug auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 15. Juni 2018 und stellte fest, dass dieser eine inadäquate Beurteilung der Arbeitsfähigkeit enthalte. Der Kreisarzt habe die Schmerzerkrankung in keiner Weise berücksichtigt oder auch nur quantitativ oder qualitativ erfasst. Bei den

Diagnosen seien die Diagnosen «M25.5 Gelenkschmerz sowie neuropathische Schmerzen am Handrücken, dorsalseite VA und ulnare Narbenregion» weggelassen worden. Stattdessen werde in den Nebendiagnosen eine «chronische Schmerzstörung mit somatisch- und psychischen Faktoren» gestellt. De facto sei von einem neuropathischen Schmerz nach Nervenschädigung bei Status nach Läsion im Rahmen der Neurolyse des ramus dorsalis und des Nervus ulnaris rechts am 21. September 2015 und bei Status nach Neuromexzision auszugehen. Dabei handle es sich nicht um eine chronische Schmerzstörung, sondern um einen neuropathischen Schmerz mit eindeutig zuordenbarem Trauma. Im gesamten Untersuchungsbefund des Kreisarztes werde zu keinem Zeitpunkt die Schmerzintensität mit z.B. der Numeric Rating Scale NRS oder einem anderen Tool erfasst. Die primäre Diagnose des Patienten seien diese neuropathischen Schmerzen. Diese limitierten primär seine funktionelle Leistungsfähigkeit. Mit der Negierung dieser Diagnose könne konsekutiv die Arbeitsunfähigkeit nicht korrekt beurteilt werden. Die chronische Schmerzerkrankung des Patienten müsse bei einer medizinischen Beurteilung zwingend erfasst werden. Die kreisärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit werde der Erkrankung des Versicherten nicht gerecht, da die somatische Schmerzerkrankung nicht berücksichtigt worden sei (Suva-Nr. 248).

6.16 Mit ärztlicher Beurteilung vom 28. Januar 2019 nahm Dr. med. C.____ Stellung zu den Einwänden von Dr. med. G.____ und hielt an seinen Diagnosen bzw. Nebendiagnosen sowie seiner Beurteilung vom 15. Juni 2018 fest. In seinem Bericht über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung seien sowohl die subjektiv angegebenen Beschwerden als auch der objektiv erhobene Befund exakt aufgelistet worden. Die Unfallfolgen aufgrund des Unfallereignisses vom 1. September 2014 seien bei der Erstellung der Zumutbarkeit berücksichtigt worden. Daraus sei ein Zumutbarkeitsprofil lediglich für leichte Tätigkeiten resultiert. In der Auflistung der Unfallfolgen ■ Seite 6 des Berichts über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung ■ seien alle Unfallfolgen samt der bildgebend nachweisbaren arthrotischen Veränderungen des rechten Handgelenks vollständig dokumentiert. Bei dieser Auflistung sei lediglich das Wort «neuropathische Schmerzen» nicht erwähnt, jedoch ändere dies nichts an der Beurteilung der Zumutbarkeit und an der daraus resultierenden Integritätsentschädigung. Bei der Gesamtbeurteilung der Gesundheitssituation müssten auch die Komorbiditäten des Versicherten berücksichtigt und dementsprechend gewürdigt werden (Suva-Nr. 273).

6.17 Im Bericht des E.____ vom 30. August 2019 stellten Dr. med. K.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. L.____, Facharzt Neurologie, folgende aktuelle Diagnosen: G65.2 Schmerzen am Handrücken rechts, angrenzendem Handgelenk dorsal und Narbengebiet am distalen ulnaren Unterarm mlt/bei: (-) Neuropathischer Schmerz im Versorgungsgebiet R. dorsalis N. ulnaris rechts, (-) St. N. Neurolyse R. dorsalis N. ulnaris rechts am 21.09.2015; (-) v.a. Schmerzausweitung auf 2. Strahl der Mittelhand sowie dorsales Handgelenk: DD: chronisch postoperativer Schmerz nach Materialentnahme am 09.07.2015, (-) kein Anhalt für CRPS, Budapestkriterien nicht erfüllt, CRPS severity score mit 7/17 Punkten negativ, (-) St. N. Handgelenkskontusion rechts am 01.09.2014 mit Zuziehen einer Pseudoarthrosebildung des Proc. Styloideus ulnae rechts mit Ulnar-TFCC-Läsion, (-) Pseudoarthrose-Revision mit Zuggurtungs-Osteosynthese Ulnarstyloid rechts am 08.01.2015, (-) Materialentnahme am 09.07.2015 mit Auftreten des Handschmerzsyndroms, (-) St. N. Neurolyse R. dorsalis N. ulnaris rechts am 21.09.2015. In der zusammenfassenden

Beurteilung wurde ausgeführt, dass die Ursache des Schmerzes am Handrücken rechts mit angrenzendem Anteil Handgelenk dorsal und dem Narbengebiet des distalen ulnaren Unterarms rechts neurologisch nicht eindeutig zuordenbar sei. Bei Auftreten des Schmerzes im Rahmen einer Materialentfernung, Nachweis eines Neuroms des Ramus dorsalis der N. ulnaris und Neurolyse desselben, Nachweis einer Neuropathie des Ramus dorsalis N. ulnaris rechts (ENG) sowie Nachweis eines typischen Clustertyps in der Quantitativen sensorischen Testung (QST) mit mechanischer und thermischer Hyperalgesie, sei das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzes im Bereich des 4. und 5. Strahles der dorsalen Mittelhand rechts sowie angrenzend 4. und

E. 8

8.1 Das neurologische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 2. April 2020 wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Die Beurteilung stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert hat. Dr. med. D.____ setzt sich gestützt auf die Akten sehr eingehend mit dem Verlauf nach dem Unfall sowie den seiner Beurteilung entgegenstehenden Arztberichten auseinander und begründet seine Schlussfolgerungen überzeugend: Beim Versicherten habe sich nach einer an sich banal anmutenden Verletzung des rechten Handgelenks aufgrund einer Hyper-extension ein ausserordentlich chronifizierter und vollständig therapierefraktärer Verlauf über fast sechs Jahre eingestellt. Sämtliche Methoden aus dem Bereich der Schmerztherapie inklusive einer Rückenmarkstimulation seien als negativ und erfolglos eingestuft worden. Ein solcher Verlauf sei aus neurologischer Sicht durchaus bemerkenswert und ungewöhnlich und ergebe bereits gewisse Zweifel an der organischen Ursache der Schmerzen. Hinzu komme, dass eine Läsion im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems nicht erkennbar sei. Übereinstimmend mit den Voruntersuchungen könne keine relevante zervikoradikuläre Läsion festgestellt werden. Auch eine Läsion des Ramus cutaneus dorsalis des Nervus ulnaris sei aufgrund des aktenmässigen Verlaufs unwahrscheinlich. Im Weiteren fänden sich übereinstimmend mit den Voruntersuchungen keine klaren Hinweise für ein CRPS, die Temperatur an den Händen sei nicht pathologisch asymmetrisch, eindeutige Paresen liessen sich nicht feststellen, sondern seien auf die Schmerzhemmung zurückzuführen. Ferner liessen auch die anamnestischen und klinisch-neurologischen Diskrepanzen im Vergleich zu den Voruntersuchungen darauf schliessen, dass im Bereich des Nervensystems kein klares organisches Korrelat im Sinne einer Schädigung am zentralen oder peripheren Nervensystem als Ursache für die Beschwerden vorliege. Die geklagten Schmerzen könnten somit aus neurologischer Sicht nicht auf ein klares Korrelat zurückgeführt werden. Es könne daher aktuell keine neurologische Diagnose mit oder ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Dementsprechend seien die geklagten Schmerzen an der rechten Hand aus neurologischer Sicht nicht als unfallkausal einzustufen.

Die hiervon abweichenden medizinischen Einschätzungen überzeugen nicht. Insbesondere erscheint die Annahme eines unfallkausalen neuropathischen Schmerzsyndroms vor dem Hintergrund der überzeugenden gutachterlichen Ausführungen als unwahrscheinlich. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Unfallkausalität besagt, dass von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt worden sind und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251). Bezüglich der Abklärungsmethoden wird überdies vorausgesetzt, dass diese

strukturelle ■ und nicht bloss funktionelle ■ Beeinträchtigungen nachzuweisen vermögen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_310/2011 vom 5. September 2011 E. 4.5.2). Eine dementsprechend organisch objektiv ausgewiesene Unfallrestfolge liegt nicht vor. Die wiederholt postulierte Diagnose eines neuropathischen Schmerzsyndroms wurde vorliegend aufgrund von klinischen und elektrophysiologischen Befunden gestellt. Im Bericht des E.____ ist die Rede von einem basierend auf einer Elektroneurographie erhobenen Befund, welcher mit einer demyelinisierenden Schädigung des Ramus dorsalis des rechten N. ulnaris vereinbar sei. Die Abklärungsmethode mittels Elektroneurographie dient der Beurteilung der Funktionsfähigkeit der peripheren Nerven, weshalb sie sich per se nicht für den Nachweis von organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen im Sinne der Rechtsprechung eignet (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_310/2011 vom 5. September 2011 E. 4.5.2). Kommt hinzu, dass der elektroneurologisch erhobene Befund auch bereits aufgrund der vorsichtigen Formulierung als unsicher erscheint. Zudem wird ein solcher auch im neurologischen Fachgutachten der F.____ von Dr. med. P.____ für nicht nachvollziehbar erklärt. Der mit Elektroneurographie erhobene Befund einer demyelinisierenden Nervenschädigung erweist sich somit nicht überzeugend. Die Diagnose eines neuropathischen Schmerzsyndroms wird auch im Gutachten von Dr. med. D.____ ausführlich behandelt. So führt Dr. med. D.____ schlüssig aus, dass ein neuropathischer Schmerz zwingend eine Nervenschädigung voraussetze und eine solche vorliegend nicht nachvollziehbar sei. Gegen eine Nervenschädigung spreche der ungewöhnliche Verlauf, welcher trotz Rückenmarkstimulation und weiteren Schmerztherapiemethoden keine Besserung zeige, die unwahrscheinliche intraoperative Läsion des Ramus cutaneus dorsalis des Nervus ulnaris sowie auch die klinisch-neurologischen Diskrepanzen im Vergleich zu den Voruntersuchungen. Diese Einschätzung deckt sich mit der Beurteilung des neurologischen F.____-Gutachters Dr. med. P.____. Dieser führt in seinem Fachgutachten unter anderem aus, dass sich keine Nervenverletzung finde, welche das Ausmass der Beschwerden erklären könnte. So sei die Ausbreitung der Beschwerden am Handrücken nicht einfach zu erklären, weil der Ramus dorsalis des N. ulnaris nicht bis in den Mittel- und Zeigefinger reiche. Ein weiteres Indiz gegen das Vorliegen einer Nervenschädigung kann auch in den Ausführungen des E.____ gesehen werden, wonach die Schmerzen neurologisch nicht eindeutig zuordenbar seien. Insbesondere sei der ausgeweitete Schmerz auf den 2. und 3. Strahl sowie das dorsale Handgelenk und den ulnaren distalen Unterarm atypisch für einen neuropathischen Schmerz. Es könne auch das Vorliegen eines unspezifischen Schmerzes mit zentraler Sensibilisierung in Betracht gezogen werden. Zur Auffassung der Dres. G.____, J.____ und M.____, wonach eine operationsbedingte Nervenschädigung zu bejahen sei, nimmt Dr. med. D.____ ausführlich Stellung und erklärt einen solchen Befund als unwahrscheinlich. Der Versicherte habe anlässlich seiner gutachterlichen Untersuchung angegeben, dass er bei den Behandlungen und Operationen keinen Fehler vermute und dass der Schmerz seit dem Unfall gleich geblieben sei. Im Weiteren führt Dr. med. D.____ aus, dass der Nerv im Rahmen der letzten durchgeführten handchirurgischen Operation eindeutig identifiziert und dargestellt und geschont worden sei. Nachvollziehbar erscheint sodann auch die Argumentation von Dr. med. D.____, wonach die Neuromexzision lediglich an einem Seitenast des Nerven erfolgt sei, weshalb nicht von einer Läsion des ganzen Ramus cutaneus dorsalis des Nervus ulnaris gesprochen werden könne. Darüber hinaus legt Dr. med. D.____ plausibel dar, dass die Handchirurgen vom H.____ postoperativ über eine intakte Sensibilität an der rechten Hand berichtet hätten, was mit dem Postulat einer intraoperativen Läsion dieses Nerves unvereinbar sei. Die Einschätzung von Dr. med.

D.____, wonach keine intraoperative Nervenschädigung gegeben sei, deckt sich schliesslich auch mit der neurologischen Einschätzung von Dr. med. P.____. Dieser hielt in seinem Fachgutachten ebenfalls fest, dass der Versicherte aufgrund der Aktenlage lege artis behandelt worden sei. Nach dem Gesagten erweist sich die Einschätzung von Dr. med. D.____, wonach eine operationsbedingte Nervenschädigung unwahrscheinlich sei, als schlüssig und nachvollziehbar. Im Übrigen trägt der Gutachter Dr. med. D.____ dem Umstand, dass die anamnetischen und klinischen Voruntersuchungen abweichende Befunde zu den angegebenen Schmerzen festhalten, insofern Rechnung, als er diesbezüglich Diskrepanzen und Inkonsistenzen feststellt. Aus den Diskrepanzen bezüglich der Schmerzlokalisierung und der Schmerzintensität könne geschlossen werden, dass zumindest im Bereich des Nervensystems kein klares organisches Korrelat im Sinne einer Schädigung am zentralen oder peripheren Nervensystem als Ursache für die Beschwerden vorliege. Nach dem Gesagten legt Dr. med. D.____ basierend auf den Vorakten und den eigenen klinischen Untersuchungen schlüssig dar, dass eine Nervenschädigung nicht nachvollziehbar sei. Damit räumt er allfällige Restzweifel in Bezug auf den ohnehin vagen Befund einer elektroneurographisch festgestellten demyelinisierenden Schädigung des Ramus dorsalis des rechten N. ulnaris aus. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass verlässliche Anhaltspunkte für eine unfallbedingte organische Schädigung, welche die noch geklagten Beschwerden zu erklären vermöchten, fehlen. Überdies kann festgestellt werden, dass die gutachterliche Beurteilung von Dr. med. D.____ auf eingehenden Untersuchungen, einer einlässlichen Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten und einer überzeugend begründeten Würdigung basiert. Das Gericht kommt daher zum Schluss, dass die Beurteilungen des Gutachters mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zutreffend sind. Das Gutachten erweist sich somit als beweiskräftig.

9. Wie soeben dargelegt, liegt für die weiterhin persistierende Schmerzsymptomatik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein unfallbedingtes, organisch objektiv ausgewiesenes Korrelat vor, so dass nachfolgend eine besondere Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs vorzunehmen ist. Zu prüfen sind die besonderen Adäquanzkriterien anhand der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen (vgl. Erwägung II).

E. 11

11.1 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

11.2 Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 12. Juli 2019 die unentgeltliche Rechtspflege mit Fürsprecher Herbert Bracher bewilligt. Geltend gemacht wird ein Kostenersatz von insgesamt CHF 2'631.65. Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 1'750.65 festzusetzen (8.65 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 68.50 und MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 465.80 (Differenz zum vollen Honorar [8.65 x CHF 230.00 + Auslagen + MwSt. = CHF 2'216.45; ■ CHF 1'750.65 = CHF 465.80]) während zehn Jahren, wenn A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Die Abweichung zur eingereichten Honorarnote ergibt sich unter anderem daraus, dass bei Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ein Stundenansatz von CHF 180.00

gilt (§ 179 Abs. 3 Gebührentarif). Überdies stellen mehrere Positionen in der Honorarnote Kanzleiaufwand dar (Eingang Verfügung VSG; Fristerstreckung), welcher bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Ebenso nicht zu entschädigen ist grundsätzlich der Aufwand für das Aktenstudium von Gerichtsverfügungen. Solche sind in der Regel nicht umfangreich und komplex. Eine Ausnahme stellt die Verfügung vom 11. Dezember 2019 dar, mit welcher den Parteien die vorgesehene Begutachtung und die beabsichtigten Gutachterfragen mitgeteilt wurden.

11.3 Die Kosten des Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn das Gutachten notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (BGE 140 V 70 E. 6 mit Verweis auf 139 V 496 E. 4.4).

Wie in Erwägung II. 7.2. dargelegt, erweist sich die kreisärztliche Abklärung in Bezug auf die Schmerzsymptomatik als unvollständig. Indem die Beschwerdegegnerin ihren Einspracheentscheid dennoch darauf abstützte, hat sie den Sachverhalt unzureichend abgeklärt. Das Gericht musste die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens von Dr. med. D.____ von CHF 4'000.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Baltermia-Wenger

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.